

“蠲逆饮”治疗反流性食管炎肝胃郁热证 50 例 临 床 观 察

陈卫东

(北京同仁堂中医医院, 北京 100051)

摘 要 目的:观察蠲逆饮治疗反流性食管炎肝胃郁热证的临床疗效。方法:将 96 例反流性食管炎肝胃郁热证患者随机分为治疗组 50 例和对照组 46 例。治疗组给予中药蠲逆饮,对照组给予西药埃索美拉唑镁肠溶片。治疗 8 周后观察并比较 2 组中医证候疗效、胃镜疗效及 6 个月内复发情况。结果:治疗组中医证候疗效、胃镜疗效与对照组比较,差异无统计学意义。治疗组 6 个月内复发率为 19.15%(9/47),明显低于对照组的 39.02%(16/41)。结论:中药蠲逆饮治疗反流性食管炎肝胃郁热证疗效明确,不良反应少,复发率低。

关键词 反流性食管炎 肝胃郁热 蠲逆饮 胃镜

中图分类号 R571.05 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2015)03-0034-02

反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)又称糜烂性食管炎,是一种胃食管反流病,是由胃内容物反流入食管引起的食管黏膜损害。RE 是临床常见病、多发病,其典型症状有烧心(胸骨后烧灼感)和反酸,还常见嗝气、咽部异物感、间歇性吞咽困难、胸骨后痛、上腹不适等症,也可见呼吸道症状如咳嗽、哮喘等。近年来,笔者采用自拟蠲逆饮治疗 RE 肝胃郁热证,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 96 例均为本院门诊反流性食管炎肝胃郁热证患者,随机分为 2 组。治疗组 50 例:男 22 例,女 28 例;年龄 20~68 岁,平均年龄(42.68±7.98)岁;病程 15d~20 年,平均病程(20.96±45.37)个月。对照组 46 例:男 21 例,女 25 例;年龄 22~65 岁,平均年龄(42.72±8.47)岁;病程 15d~15 年,平均病程(17.49±33.31)个月。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2010)》^[1]拟定。有 RE 临床表现;胃镜分级标准参照 1994 年洛杉矶分类标准。正常:食管黏膜无破损;A 级:食管黏膜有破损,病灶间无融合,病灶长径小于 5mm;B 级:食管黏膜破损病灶长径大于 5mm,病灶间无融合;C 级:食管黏膜破损病灶间相互融合,但不超过食管周径的 75%;D 级:食管黏膜破损灶融合且超过食管周径的 75%。

1.2.2 中医肝胃郁热证辨证标准 主症:反酸烧心;胸痛连及两胁。次症:胃脘灼痛、嘈杂;口干口苦;大便不爽;舌红苔黄;脉弦数。证型确定:具备主症 2 项和次症 2 项,即可诊断。^[2]

1.3 纳入标准 患者具有 RE 的临床表现;治疗前常规做胃镜检查,符合上述西医胃镜诊断标准;符合中医肝胃郁热证诊断标准;签署知情同意书,能坚持服药完成疗程者。

1.4 排除标准 合并消化性溃疡、恶性肿瘤及有腹部手术史的患者;合并心脑血管、肝、肾、血液系统、内分泌系统等严重原发性疾病患者;中医辨证有明显兼夹证或合并证者;妊娠及哺乳期妇女;精神病患者;过敏体质者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 应用中药蠲逆饮治疗。方药组成:瓜蒌 15g,薤白 9g,黄连 12g,吴茱萸 2g,姜半夏 9g,旋覆花 12g,代赭石 15g,佛手 12g,煅瓦楞子 30g,海螵蛸 30g,炒白术 15g,白及 9g。水煎服,每日 1 剂,早晚分服。

2.2 对照组 口服埃索美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司,批号:国药准字 H20046379),每次 20mg,每日 2 次,4 周后改为每日 1 次,每次 20mg。

2 组均以治疗 4 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,治疗结束后常规复查胃镜。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察治疗前后患者临床症状,并做胃镜检查,观察治疗过程中不良反应发生情况,在

治疗结束后第6个月电话随访患者的症状变化以及复发情况(询问是否再次出现RE症状、有无加重)。

3.2 疗效评定标准

3.2.1 肝胃郁热证候疗效评定标准 痊愈:临床症状消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:症状有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:症状无明显好转,甚或加重,证候积分减少 $<30\%$ 。^[2]

证候积分标准:以肝胃郁热证的主症和次症为统计症状,所有症状按程度轻重分为四级。0级:无症状;Ⅰ级:偶尔发生,不影响生活和工作;Ⅱ级:时有发生,对生活和工作有影响,但不明显;Ⅲ级:经常发生,严重影响生活和工作。0~Ⅲ级在主症分别计0、2、4、6分,在次症分别计0、1、2、3分,将各症状积分相加即为证候积分。

3.2.2 胃镜疗效评定标准 参考《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2010)》^[1]:胃镜分级0级计0分;A级计1分;B级计2分;C级计3分;D级计4分。治疗后胃镜积分0分者为痊愈;积分减少2分者为显效;积分减少1分者为有效;积分无变化或增加者为无效。

3.3 统计学方法 采用SPSS17.0软件进行统计学分析。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为有统计学差异。

3.4 治疗结果 对照组有2例患者因出现严重恶心、呕吐、头痛等症状退出本研究,治疗组所有患者未见不良反应,故对治疗结果的统计对照组计入44例。

3.4.1 2组患者治疗后中医证候疗效、胃镜疗效比较 见表1、表2。

表1 治疗组与对照组治疗后中医证候疗效比较 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	50	28	11	8	3	94.0% [#]
对照组	44	24	8	10	2	95.5%

注:与对照组比较,[#] $P>0.05$ 。

表2 治疗组与对照组治疗后胃镜疗效比较 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	50	21	18	8	3	94.0% [#]
对照组	44	22	10	9	3	93.2%

注:与对照组比较,[#] $P>0.05$ 。

3.4.2 2组患者复发率比较 根据胃镜疗效,治疗组总有效47例,6个月内复发9例,复发率19.15%;对照组总有效41例,复发16例,复发率39.02%。治疗组复发率明显低于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

RE的发病机制主要是食管抗反流防御机制减弱和反流物对食管黏膜的攻击作用增强,而一过性下食管括约肌松弛是其主要原因^[3]。目前西医治疗主要依靠质子泵抑制剂抑制胃酸,控制反流。本研究也证实,埃索美拉唑能很好地缓解患者的临床症状。但质子泵抑制剂也有其短处:某些不良反应使有的患者不能耐受;抑制胃酸仅是治标手段,停用药物后胃食管反流症状极易复发。从根本上改善食管下括约肌的功能状态,纠正其压力变化,以达到治病求本的目的,是控制本病复发的关键,也是目前理想的治疗方法,中医药在这方面有着明确的优势。

RE属于中医“吞酸”“食管瘕”“胸痞”等范畴,肝胃郁热证是临床常见的证型。肝失疏泄,郁热内扰,克犯脾胃,胃失和降,胃气上逆,而致反酸烧心、嗳气、胸满胸痛、咽喉不利诸症。自拟蠲逆饮是由瓜蒌薤白半夏汤、左金丸、乌贝散、旋覆代赭汤合方加减而成。方中瓜蒌、薤白利气开郁除滞,宽胸散结;佛手、旋覆花、姜半夏理气疏肝,和胃降逆;代赭石平肝清热;黄连、吴茱萸辛开苦降,降逆调肝,清降肝热,使肝胃和调;炒白术培土助运,顾护后天之本;煅瓦楞子、海螵蛸制酸止痛;白及收敛止血,消肿生肌,保护胃食管黏膜。全方共奏调畅气机、平肝清热、和胃降逆之功,治疗反流性食管炎肝胃郁热证获得了较好的疗效。本研究结果表明,治疗组与对照组证候总体疗效以及胃镜疗效无显著性差异,说明无论是用质子泵抑制剂,还是用自拟蠲逆饮治疗反流性食管炎,均能明显改善胃内酸性环境,从而修复食管黏膜,缓解临床症状。复发率方面,蠲逆饮治疗则明显优于埃索美拉唑,且治疗组未见明显不良反应,说明中医辨证论治在防止复发与用药依从性方面具有一定优势。进一步的研究可从中药对胃内的酸性环境、胃食管的动力、食管抗反流防御机制等方面的影响入手,探索中药的治疗机制。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2010). 中国中西医结合杂志, 2011, 31(11): 1551
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 中医消化病诊疗指南. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 8
- [3] 刘新光. 消化内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 137

第一作者: 陈卫东(1966-), 男, 本科学历, 主治医师, 中医消化专业。goodgood21122112@126.com

收稿日期: 2014-08-06

编辑: 吴宁